

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922 - 1923 — N° 31

Sur une forme larvée de Péritonite Tuberculeuse

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean BADOUIN

né à LODÈVE (Hérault) le 19 Janvier 1897.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1922

SUR UNE FORME LARVEE
DE PERITONITE TUBERCULEUSE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Sur une forme larvée de Péritonite Tuberculeuse

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean BADOUIN

né à LODÈVE (Hérault) le 19 Janvier 1897.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1922

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire
Doyen
Assesseur

M. HUGOUNENQ.
MM. J. LEPINE.
ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales
Cliniques chirurgicales
Clinique obstétricale et Accouchements
Clinique ophtalmologique
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique neurologique et psychiatrique
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies des femmes
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Clinique des maladies des voies urinaires
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie
Chimie biologique et médicale
Chimie organique et Toxicologie
Matière médicale et Botanique
Parasitologie et Histoire naturelle médicale
Anatomie
Histologie
Physiologie
Pathologie interne
Pathologie et Thérapeutiques générales
Anatomie pathologique
Chirurgie opératoire
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie
Médecine légale
Hygiène
Thérapeutique
Pharmacologie

MM. TESSIER
ROQUE
BARD
TIXIER
BERARD
COMMANDEUR.
ROLLET
NICOLAS
LEPINE (J.)
WEILL
POLOSSON (A.)
LANNOLIS
ROCHET
N-JOSSERAND
CLUZET
HUGOUNENQ
MOREL
X
GUIART
LATARJET
POLICARD
DOYON
COLLET
MOURIQUAND
PAVIOT
VILLARD
ARLOING (F.)
Etienne MARTIN
COURMONT (P.)
PIC
MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe..... VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie..... CONDAMIN.
— — Chimie minérale BARRAL.
— — Urologie GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique PATEL
Botanique BRETTIN
Embryologie GRAVIER
Orthopédie LAROIENNE
Puériculture et hygiène de la première enfance..... CHATIN.
Stomatologie TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE	NOEL chargé
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	des fonctions
CADE	DUROUX	CORDIER	
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. BÉRARD, Président ; M. COTTE, Assesseur ;
MM. BONNET et SANTY, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection
et de ma reconnaissance infinie.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MA BELLE-SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE, JEAN-BAPTISTE ROIRON

MEIS ET AMICIS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES
TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

Pour le grand honneur qu'il nous fait
en acceptant la présidence de cette
thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SANTY

Qui nous a inspiré l'idée de ce tra-
vail et nous a aidé de ses conseils.
Nous sommes heureux de le remer-
cier et de lui témoigner notre très
grande reconnaissance.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MES JUGES

SUR UNE FORME LARVÉE DE PÉRITONITE TUBERCULEUSE

INTRODUCTION

En 1898, Lejars et Quénu avaient attiré l'attention sur certaines formes de péritonite tuberculeuse, débutant brusquement par une symptomatologie tellement aiguë qu'elles revêtaient l'allure d'une appendicite ou d'une occlusion intestinale. Et, Broca, à la même époque, ne disait-il pas : « J'ai souvenir d'avoir commis une fois sans réserve, l'erreur entre une péritonite tuberculeuse et une appendicite. »

..Il s'agissait d'une jeune fille de 15 ans, chez laquelle avaient débuté des accidents péritonéaux brusques, avec masse empâtée, un peu à droite de l'ombilic. Il y avait bien des antécédents tuberculeux. Mais, en présence de l'état local, Broca avait conclu à une appendicite et ce n'est que la laparatomie qui leva tous les doutes sur la nature de l'affection : la séreuse était couverte de granulations.

Ce sujet a déjà fait l'objet de nombreux travaux. En 1901 Chofardet et Sotty ont traité, dans leur thèse

la péritonite tuberculeuse, à début brusque, simulant l'appendicite. En 1906, René Merry a étudié quelques formes rares de péritonite tuberculeuse. Il passe tour à tour en revue les différentes affections que cette tuberculose péritonéale peut simuler : appendicite, occlusion intestinale, hématocele rétro-utérine, tumeurs, etc.

La péritonite tuberculeuse peut, en effet, revêtir le masque de toutes les affections intéressant les organes sous-jacents. C'est dire combien l'allure clinique est variable.

Est-elle généralisée à toute la séreuse, elle donne, suivant la prédominance de certains symptômes, le tableau clinique de telle ou telle affection abdominale.

Reste-t-elle, au contraire, localisée à une portion du péritoine, elle simule l'affection du viscère sous-jacent. Le diagnostic de ces différentes formes est donc fort difficile, sinon impossible. En règle générale, ce n'est que l'intervention qui pourra révéler la nature véritable de l'affection.

Nous n'avons pas l'intention, ici, de faire une étude d'ensemble de ces formes anormales. La question a été, par ailleurs, longuement traitée. Nous nous proposons simplement de rapporter une observation de péritonite tuberculeuse qui nous a été donnée par M. le Docteur Santy, dans le service de M. le Professeur Bérard. C'est une forme larvée, à caractères spéciaux, dont la symptomatologie s'est bornée à de violentes douleurs dans l'abdomen. Le diagnostic n'a pu être fait, ni au lit de la malade, ni après une laparo-

tomie exploratrice. L'intervention a montré un état particulier du péritoine, ne permettant pas cependant un diagnostic précis et immédiat. Seul, l'examen histologique a révélé des follicules tuberculeux typiques. Nous allons donc exposer et discuter cette observation. Cette étude nous amènera à parler de quelques formes latentes, ne donnant lieu à aucune symptomatologie : ce sont de véritables trouvailles, soit à l'occasion d'une affection intercurrente, nécessitant une laparatomie, soit à l'autopsie de sujets dont la mort a été causée par un tout autre processus pathologique.

Le travail que nous avons l'intention de présenter est en somme très limité. Cependant, nous avons pensé que cette observation peu commune était digne de faire l'objet de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Santy)

La malade, âgée de 27 ans, entre dans le service de M. le Professeur Bérard. Elle est arrivée, la veille au soir, à l'infirmerie de Porte (13 février 1922, à 18 h.) où elle a été opérée d'urgence. Elle raconte avoir éprouvé, la veille vers 7 heures du soir, une violente douleur dans la fosse iliaque droite, douleur presque syncopale, qui aurait été accompagnée de vomissements aqueux, puis bilieux. La douleur a persisté pendant toute la nuit, et la journée suivante, extrêmement violente.

A l'entrée à l'Infirmerie de Porte, la douleur est aussi aiguë, arrachant des cris à la malade, prédominant dans la fosse iliaque droite, et s'irradiant dans tout l'abdomen. Mais, contrastant avec ces phénomènes douloureux, le ventre est souple, dépressible. Pouls : 80. Un peu de pâleur de la face, mais aucun signe d'hémorragie, et plutôt un état d'anxiété.

On fait à la malade crédit de quelques heures, pendant lesquelles on pratique successivement trois injections de un centigramme de morphine. Glace sur le ventre.

A 23 heures, après avoir observé minutieusement la malade, on décide d'intervenir, les phénomènes douloureux restant très aigus, en dépit de la thérapeutique pratiquée.

Laparatomie (Docteur Santy). Rachianesthésie très bonne. Laparatomie médiane sous-ombilicale. On trouve la cavité péritonéale, remplie d'un liquide séreux, citrin, non hémorragique, parfaitement clair, dont on évacue avec l'aspirateur près d'un litre.

Le grand épiploon, le péritoine de l'étage sous-mésocolique ont un aspect dépoli, vitreux, comme s'ils avaient été enduits d'un liquide très faiblement caustique.

Il n'existe pas de lésions viscérales. Il ne s'agit pas d'une péritonite, et on ne trouve pas l'origine de cet épanchement, dont une certaine quantité est prélevée. Après évacuation du liquide, suture de la paroi à trois plans.

L'examen du liquide a montré la présence d'une quantité anormale d'urée et ses caractères chimiques qui le rapprochent d'un liquide d'hydronéphrose.

En l'absence de tout antécédent péritonéal chronique et devant les constatations tout à fait anormales faites au cours de l'intervention, on se demande s'il n'y aurait pas eu rupture, dans la cavité péritonéale, d'une collection séreuse. L'examen chimique

du liquide donnant corps à cette hypothèse, on fait faire un examen complet du système urinaire.

L'examen clinique montrait à la palpation une région lombaire droite, douloureuse, dans les jours qui suivirent l'intervention.

17 février 1922. — La cystoscopie montre, au niveau de l'orifice urétéral droit, la présence d'un caillot. Un examen nouveau sera pratiqué.

19 février 1922. — Cathétérisme des urètres.

Cystoscopie. — Vessie normale, un peu irritable, avec orifices urétéraux sains. Pas de solution de continuité. Pas de lésions du bas fond.

Urètre gauche facilement cathétérisé (10 centimètres). Ramène une urine normale.

Urètre droit : la sonde urétérale, à 3 reprises, pénètre à 4 cm. sans aller plus loin. L'urine s'écoule bien avec la sonde de Nélaton dans la vessie

On décide, devant ces données, de faire une exploration opératoire du rein droit, avec l'idée que l'on trouverait une hydronéphrose droite rompue.

23 février 1922. — Intervention : Lobotomie exploratrice droite. Rachianesthésie parfaite. Découverte du rein. On trouve un rein rougeâtre, anormal, mais sans hydronéphrose (bifurcation anormale de l'urètre, à 7 centimètres du bassinot).

On se borne à cette exploration. On vérifie le péritoine qui présente le même aspect dépoli qu'au cours de l'intervention d'urgence. Prélèvement d'un fragment du péritoine pour examen histologique. Reconstitution de la paroi.

Examen histologique. — Le fragment péritonéal, excisé, est dépoli et légèrement blanchâtre.

Les coupes sériées pratiquées à son niveau montrent l'existence de LÉSIONS TUBERCULEUSES TYPIQUES.

De nombreux amas éphithélioïdes se sont développés dans la couche sous-séreuse. En quelques points existent des follicules à disposition classique : centre constitué par une ou deux cellules géantes, couronne de cellules épithélioïdes et auréole de cellules embryonnaires du type lymphocytaire.

5 mars 1922. — L'examen histologique d'un fragment du péritoine prélevé, au cours de l'intervention, montre que l'on se trouve en présence d'une péritonite tuberculeuse.

8 mars 1922. — La malade quitte l'hôpital dans un état très satisfaisant.

Etude Clinique.

L'histoire de notre malade se résume donc ainsi :

L'affection débute d'une façon très brusque. La malade, qui ne présente aucun antécédent digne de retenir l'attention, et qui jusqu'alors se portait bien, ressent tout à coup dans l'abdomen une douleur très violente. En même temps se produisent quelques vomissements bilieux.

L'inspection ne dénote rien de particulier. Pas de

facies péritonéal. L'état général, malgré l'intensité des phénomènes douloureux, reste assez bon. Le ventre est souple, et la palpation ne paraît pas très douloureuse. Le pouls est normal.

En somme, l'examen de la malade est négatif. Il n'y a qu'un seul symptôme, un symptôme subjectif : c'est la douleur avec ce caractère particulier qu'elle est atroce et qu'elle arrache des cris à cette femme. La morphine, elle-même, n'arrive pas à calmer ces phénomènes douloureux.

C'est uniquement parce que cette malade souffre qu'elle entre d'urgence à l'hôpital.

A son arrivée, on pense tout d'abord à la rupture d'une grossesse tubaire. Mais la malade nie toute grossesse et prétend que ses règles remontent à huit jours.

Cet état a nécessité une laparotomie exploratrice.

CHAPITRE II

Discussion.

L'étude de notre observation permet de mettre en relief deux faits d'ordre différent :

D'abord une crise tellement intense qu'elle a nécessité une laparotomie exploratrice.

En second lieu, la constatation, lors de cette intervention, de lésions péritonéales déconcertantes par leur aspect et que l'examen histologique a démontré être des lésions tuberculeuses.

Il nous paraît donc intéressant de développer successivement ces deux points.

I. — *Phénomènes douloureux.*

La douleur, chez notre malade, a été d'une violence extrême. Elle attirait l'attention par son caractère d'étreinte atroce et, nous pouvons la comparer à celle que l'on observe dans la péritonite suraiguë,

où l'intensité des phénomènes douloureux est telle que Roux, de Lausanne, l'a désignée sous le nom très expressif « en coup de pistolet ».

Le bon état général de cette femme permettait d'éliminer une infection grave ou une hémorragie. Il fallait donc, avant tout, penser aux grands syndromes douloureux, en particulier à la lithiase biliaire ou urétérale. Rien ne laissait supposer une péritonite tuberculeuse. Et, cependant, il n'est pas très rare de voir cette affection simuler des coliques hépatiques ou néphrétiques.

M. le Professeur Paviot a montré que le péritoine, cause des douleurs dans les coliques appendiculaires ou hépatiques, est capable, lorsqu'il est enflammé, de jouer à merveille un syndrome lithiasique. C'est ainsi que « certaines douleurs, manifestement dues à des poussées de péritonite, lorsqu'elles sont au voisinage du foie, peuvent simuler des coliques hépatiques ».

Cependant, Mlle Haïmovitch, dans sa thèse, ne pense pas que la péritonite tuberculeuse puisse revêtir le masque de la lithiase.

« Pour notre part, nous n'avons jamais trouvé que la péritonite tuberculeuse ait réellement simulé le syndrome de la colique hépatique ou rénale et si, dans certaines observations, il est mentionné qu'on ait un instant pensé à cette affection, jamais on ne s'est sérieusement arrêté à ce diagnostic ».

Planas, qui a traité les formes pseudo-lithiasiques biliaires de la péritonite tuberculeuse, est plus affir-

matif. Pour lui, la péritonite tuberculeuse en impose souvent pour de la lithiasé, lorsqu'elle est localisée au niveau du foie.

OBSERVATION II

(In Thèse PLANAS (Résumée))

Début des accidents brusques dans la nuit du 30 juin au 1^{er} juillet.

La malade est réveillée par un frisson, avec violentes douleurs dans l'abdomen... Toute la nuit s'est passée en souffrances atroces... Douleur nette sous les fausses côtes droites. Ballonnement du ventre. Fièvre. Sommets suspects...

L'hypothèse la plus vraisemblable est que la malade, dont les antécédents familiaux sont suspects (sœur : tumeur blanche et une autre pleurétique) fait actuellement :

Des accidents péritonéaux, évoluant par poussées, localisés dans la région sous-hépatique et de nature tuberculeuse.

... Il est plus logique de rattacher cet état péritonéal à une inflammation primitive et bacillaire de la séreuse qu'à une cholécystite. »

D'autre part, M. le Professeur agrégé Savy a écrit (*Bulletin Médical*, sept. 1921) qu'on a trop souvent tendance à méconnaître l'altération primitive de la séreuse péritonéale. « Il y a pourtant, dit-il, des états pathologiques qui relèvent d'une inflammation portant d'emblée et primitivement sur la séreuse ». Elle crée alors des brides et des adhérences qui gênent

et envahissent les organes sous-jacents, simulant ainsi suivant la localisation des altérations viscérales.

Les principaux caractères de cet état sont les suivants : l'inflammation est chronique d'emblée ; il n'y a aucun antécédent appréciable chez ces malades. En outre, on constate l'absence de symptôme de péritonite, mais on note des troubles viscéraux. Dans ces cas, le diagnostic est fort délicat. « On se basera sur l'analyse des symptômes et, si à des moments différents, des diagnostics variés ont été portés, cette variabilité pourra parfois être interprétée comme l'indice d'un processus péritonéal diffus, simulant telle ou telle affection. Il faudra alors rechercher les causes de l'inflammation chronique du péritoine : en premier lieu la tuberculose. »

Tous ces faits montrent qu'en présence d'un syndrome abdominal quelconque, il ne faut pas conclure immédiatement à une altération viscérale. Mais il faut penser aussi à un processus pathologique intéressant primitivement la séreuse. L'examen clinique de notre malade ne permettait-il pas d'admettre une altération péritonéale primitive ?

Quoi qu'il en soit, les phénomènes douloureux étaient tellement intenses qu'une laparotomie était nécessaire, Celle-ci n'a pas montré de lésions tuberculeuses macroscopiques. Dans ces conditions, la douleur aussi violente qu'elle l'a été chez cette femme peut-elle être le fait d'une manifestation péritonéale ?

Nous venons de voir combien la péritonite tuberculeuse peut, dans certains cas, être brusque et dou-

loureuse. Mais habituellement les lésions sont tellement marquées (brides, adhérences, granulations) qu'elles expliquent aisément l'origine des phénomènes douloureux.

Dans notre observation, nous n'avons pas trouvé d'altérations semblables. Le dépoli de la séreuse et la faible quantité de liquide ont-ils été capables de provoquer une crise aussi intense ? On voit qu'il existe une certaine disproportion entre les lésions en somme assez minimales et les souffrances endurées par cette femme. Sont-elles dues aux contractions intestinales sur cette séreuse dépolie ? Sont-elles dues à des causes qui nous échappent ?

Les lésions, telles qu'elles ont été vues au cours de l'intervention, ne nous permettent point de trouver une explication satisfaisante, et rien ne nous autorise à conclure que les douleurs ont été provoquées par la seule altération du péritoine.

Nous verrons plus loin comment on peut, suivant une autre hypothèse, interpréter l'histoire clinique de notre malade.

II. — *Anatomie Pathologique.*

Les lésions du péritoine, telles qu'on les trouve ordinairement dans toutes ces formes de péritonite tuberculeuse à début brusque, ont des caractères spé-

cifiques. Dès l'ouverture de l'abdomen, le diagnostic de bacilliose s'impose le plus souvent.

Dans la thèse de Solty, sur la péritonite tuberculeuse à début brusque, simulant l'appendicite, l'altération du péritoine est caractéristique : « Le ventre à peine ouvert, nous constatâmes que le péritoine, la masse intestinale, l'épiploon étaient couverts en abondance de granulations ».

Dans la thèse de Chofardet : « Le péritoine ouvert, il s'écoula une grande quantité de liquide. Le doigt introduit dans l'abdomen, je constatai que toute la séreuse était couverte de granulations de différents volumes et manifestement tuberculeuses... »

Dans la thèse de Merry : « L'ascite, l'agglutination des anses et surtout l'adénopathie mésentérique nous paraissent pouvoir affirmer le diagnostic de la nature tuberculeuse ».

Nous pourrions ainsi multiplier nos exemples. En somme, ascite, granulations, amas caséux, agglutination des anses intestinales, brides, adhérences, telles sont les lésions qui caractérisent la péritonite tuberculeuse.

Si nous avons très brièvement rappelé l'anatomie pathologique de cette affection, c'est pour bien mettre en relief notre observation.

Qu'a-t-on trouvé, à l'intervention, chez notre malade ? Une certaine quantité de liquide et un épaissement fibrinoïde pariétal et viscéral sans granulations macroscopiques visibles.

Nous pouvons comparer l'aspect de la séreuse à ce que Curshmann a désigné sous le nom expressif de foie glacé (Zuckergussleber).

« Le péritoine forme autour de l'organe (le foie) une coque pouvant atteindre 3 ou 4 millimètres, opaque, fibroïde, blanchâtre, d'aspect un peu luisant ».

Cet aspect se rencontre dans les péritonites chroniques localisées, prédominant en certaines régions électives (région hépatique, épiploon, péritoine pelvien). Au point de vue histologique, on remarque l'épaississement de la séreuse avec prolifération de tissu conjonctif.

Chez notre malade, l'altération du péritoine était donc comparable à celle que l'on peut observer dans les péritonites chroniques.

Cependant rien ne faisait prévoir une péritonite tuberculeuse et il a fallu l'examen histologique pour révéler sa nature bacillaire.

De notre observation, on peut tirer des faits intéressants : c'est que l'on peut se trouver en présence d'une tuberculose péritonéale, évoluant avec des lésions qui n'ont pas les caractères habituels de la bacillose. Ces cas doivent être assez rares. Mais il se peut aussi que certains passent inaperçus, l'attention du chirurgien étant attirée par d'autres lésions abdominales.

Quoiqu'il en soit, nous pouvons affirmer que la péritonite tuberculeuse peut évoluer sans lésions spécifiques macroscopiques.

Levi-Sirugue, qui a traité dans sa thèse l'anatomie pathologique et expérimentale de la tuberculose péritonéale, nous dit qu'il existe des formes de péritonite tuberculeuse dans lesquelles les lésions macroscopiques n'ont aucun caractère spécifique. L'examen histologique seul est capable de déceler la nature bacillaire de l'affection.

« Dans nos autres cas de tuberculose péritonéale, ascitique, fibreuse, nous avons trouvé peu de lésions visibles à l'œil nu. Ce sont surtout des lésions histologiques. L'épiploon est resté mince, mais on peut voir par transparence de petites taches opaques qui sont des tubercules. Souvent, on y rencontre, comme dans nos observations des nodules qui, à première vue, semblent être seulement des pelotons graisseux, mais où l'examen histologique dénote des lésions tuberculeuses. On ne saurait trop recommander, dans ces cas, de faire un examen histologique qui montre dans ces nodules, soit des amas caséux avec d'assez nombreux bacilles, le tout enkysté de tissu fibreux, soit une couronne de cellules géantes.

Le reste du péritoine (pariétal, diaphragmatique) peut présenter de fins tubercules ou un simple dépoli de la séreuse. Même, dans ce dernier cas, le microscope montre des lésions dues au bacille de Koch. Le péritoine très épaissi montre, superficiellement, un exsudat fibrineux avec des cellules éphitélioides, en voie de régression, et dont quelques-unes renferment des bacilles. Ces lésions ressemblent donc à celles de la pleurésie séro-fibrineuse.

Ainsi, il est intéressant de noter que, lorsque le péritoine est simplement épaissi et dépoli, l'examen histologique peut révéler des follicules tuberculeux. Nous allons emprunter à cette thèse une de ses observations.

OBSERVATION I

(In Thèse de LEVI-SIRUGUE (Résumée))

Homme, âgé de 40 ans. Signes de ramollissement des deux sommets. Puis apparaissent anorexie, diarrhée, œdèmes des membres inférieurs, Ventre légèrement ballonné. A la percussion, son hydro-aérique. L'œdème gagne la partie inférieure du ventre et il existe du liquide dans le péritoine. Matité en croissant se localisant à gauche. Mort.

Autopsie. — Cavernes aux deux sommets.

Péritoine : 7 à 8 litres de liquide citrin tenant en suspension quelques fausses membranes. Péritoine pariétal dépoli, couvert d'un peu d'exsudat. Pas de tubercules macroscopiques.

Épiploon : Pas de formations tuberculeuses macroscopiques.

Ganglions mésentériques augmentés de volume. Anses intestinales libres. Le péritoine diaphragmatique n'a rien d'apparent. Le péritoine hépatique est légèrement épaissi.

Examen histologique. — L'épiploon présente des amas caséeux, colorés par l'éosine, et à la périphérie, des cellules géantes assez nombreuses, ayant une couronne de noyaux complète ou incomplète, occupant la presque totalité de la cellule ; à peine au centre du tissu caséeux. Le péritoine pariétal et diaphragmatique présente un épaississement notable. On note dans le péritoine un exsudat fibrineux avec cellules épithélioïdes dont la paroi est seule visible. Le noyau n'est pas colorable. Plus profondément se trouvent des cel-

lules épithélioïdes et des cellules rondes. Entre ces cellules, des bacilles peu nombreux.

Les formes de péritonite tuberculeuse que nous venons de signaler, où l'examen histologique révèle seul des lésions bacillaires, sont des formes fibreuses, analogues à la pleurésie séro-fibrineuse. Ce sont des formes plutôt bénignes, ayant tendance à guérir.

Nous allons encore mentionner une observation d'une femme chez laquelle on est intervenu pour des phénomènes d'occlusion intestinale. Chez elle, également, le péritoine a montré un aspect tout à fait particulier et très analogue à celui que nous avons trouvé dans l'observation de notre malade.

OBSERVATION II

(due à l'obligeance de M. le Docteur SANTY)

Femme de 60 ans. Opérée, onze mois auparavant, de hernie étranglée, entre avec phénomènes d'occlusion intestinale.

Opération d'urgence. Anses grêles surdistendues jusqu'à un point sténosé qui correspond au siège de l'ancien étranglement. On fait, entre le segment distendu et l'intestin sous-jacent qui est très diminué de diamètre, une anastomose latéro-latérale au bouton.

On est frappé, au cours de cette intervention, par l'aspect laiteux du péritoine qui, surtout sur les anses distendues, est épaissi, blanchâtre, masquant les vaisseaux.

Les suites opératoires, bonnes au point de vue de l'occlusion, n'empêchent pas la malade de se cachectiser lentement. Elle meurt deux mois plus tard.

A l'autopsie, le péritoine pariétal et viscéral présente un aspect très particulier, épaissi, opaque, grisâtre ; il masque les vaisseaux des organes sous-jacents et, à la coupe, il pré-

sente une épaisseur de plusieurs millimètres. Il existe une quantité notable de liquide dans l'abdomen.

L'anastomose opératoire, bien que de petit calibre, est perméable. Un fragment de péritoine, épaissi et prélevé, est examiné : il est constitué par du tissu conjonctif jeune, bourré de follicules tuberculeux typiques.

Nous venons de voir dans ce chapitre que l'épaississement et le dépoli de la séreuse péritonéale sont des lésions qui doivent faire suspecter la bacillose. Dans ces cas, il est alors nécessaire de prélever un fragment du péritoine qui pourra montrer, sous le microscope, des follicules tuberculeux typiques.

CHAPITRE III

Quelques formes de péritonite tuberculeuse latentes.

Nous avons vu, dans le précédent chapitre, que, chez notre malade, nous n'avions pu, avec certitude, démontrer que les phénomènes douloureux si intenses étaient dus à la seule péritonite tuberculeuse.

Mais, comme la lombotomie exploratrice a montré un rein rougeâtre une bifurcation anormale de l'uretère droit et un caillot dans ce même uretère, n'est-il donc pas permis d'admettre alors, qu'à un moment donné, cette femme ait fait un incident rénal, qui n'a pas pu être déterminé, incident qui aurait été la cause de ces violentes douleurs. Cela nous paraît très vraisemblable. Dans ce cas, nous nous trouverions en présence d'une tuberculose péritonéale, qui aurait évolué, sans donner lieu à aucune symptomatologie. Du reste, les cas ne sont pas très rares où l'on mentionne qu'à la suite d'une laparotomie, le chirurgien

a été surpris de trouver une péritonite tuberculeuse, alors qu'il intervenait pour une autre affection.

Cela se voit surtout lorsqu'il s'agit de tuberculose herniaire. Tantôt le sac seul est parsemé de granulations, tantôt, au contraire, la péritonite tuberculeuse est généralisée à toute la séreuse. C'est presque toujours une trouvaille au cours de la cure radicale de la hernie.

Un sujet qui présente les symptômes habituels de la hernie se fait opérer et, à l'occasion de cette cure radicale, on constate sur la paroi interne du sac des lésions tuberculeuses. Ce n'est point ici la place de faire une étude de cette tuberculose herniaire. Nous renvoyons le lecteur aux nombreux travaux qui ont été faits, notamment à l'important mémoire de Cotte, dans la *Revue de Gynécologie* (1906). Nous allons cependant mentionner quelques observations : L'état du péritoine abdominal n'est pas toujours signalé. Mais le plus souvent, le bacille de Koch envahit en même temps la grande cavité péritonéale et donne lieu primitivement ou secondairement à une péritonite tuberculeuse, qui, elle aussi, peut rester latente.

OBSERVATION I

(*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, nov. 1920.)

(TOURNEUX)

Un cas de tuberculose herniaire primitive

Adolescent de 14 ans, dont les antécédents n'offrent aucun intérêt. La hernie, qui date de quatre ans, ne l'a jusqu'ici aucunement gêné et ce n'est que par crainte d'accidents ultérieurs que ses parents, avant de le mettre en apprentissage, l'ont amené à l'Hôtel-Dieu en vue d'une cure radicale. On constata, à ce moment, l'existence d'une petite tumeur du volume d'une noix, appréciable seulement au moment de la toux ; elle était complètement indolore et réductible. Ventre souple, non tendu. Pas d'adénopathie. Tous les organes fonctionnaient normalement.

Intervention. — La partie supérieure du sac présentait bien sa souplesse et sa consistance normales, sa partie inférieure (la plus déclive) était plus épaisse, plus résistante, donnant à la palpation une sensation particulière de surface grenue sur une étendue d'environ deux centimètres.

Pensant nous trouver, une fois de plus, en présence d'une lésion tuberculeuse probablement localisée, étant donné la consistance normale de la partie supérieure du sac, nous avons incisé dans cette partie jugée saine, afin d'éviter tous risques d'ensemencement opératoire. Cette incision ne donna issue à aucun liquide péritonéal et nous permit de reconnaître l'absence complète de granulations dans toute la zone avoisinant le collet ; nous avons même introduit l'index dans la cavité péritonéale afin d'explorer les alentours de l'orifice herniaire et nous avons pu constater qu'ils étaient également dépourvus de granulations.

Incision du sac dans toute sa longueur. Toute la surface interne, sur une hauteur de deux centimètres, était couverte de petits grains, siégeant surtout à la partie la plus déclive et arrivant, à ce niveau, à constituer de véritables plaques.

L'examen histologique a révélé la structure banale de folli-

cules tuberculeux. La présence du bacille de Koch n'a pu être décelée sur les coupes, mais les inoculations ont été positives.

OBSERVATION II (Inédite)

(due à l'obligeance de M. le Docteur SANTY)

Jeune homme de 18 ans examiné pour hernie inguinale droite congénitale. Phénomènes douloureux très vagues dans l'effort. Hernie inguino-scrotale volumineuse paraissant incomplètement réductible.

Intervention sous anesthésie générale (avril 1911). — On trouve un sac à parois épaissies. Lorsqu'on l'incise pour le vérifier, il est vide, mais son épaisseur est de 5 à 6 millimètres, et sa face interne est blanchâtre avec quelques granulations, visibles à la surface.

Il s'écoule, par l'orifice béant du sac, une centaine de grammes de liquide citrin. On prélève le sac pour examen histologique. Cure radicale : Bassini.

L'examen histologique montre l'existence, au milieu d'un tissu conjonctif jeune et œdémateux, de follicules tuberculeux typiques.

OBSERVATION III (Inédite)

(due à l'obligeance

de M. le Médecin-Major de 1^{re} classe PATRE).

Soldat entre dans le service pour hernie inguinale gauche congénitale, épiplocèle, incomplètement réductible. Gros testicule du même côté par épaissement probable de la vaginale.

A l'intervention, on trouve un sac descendant jusqu'au pôle supérieur du testicule, et contenant de l'épiploon flétri, adhérent par sa pointe au fond du sac et à sa partie supérieure, formant une boule, grosse comme une mandarine, d'épiploïte. En outre, sur la face interne du sac, comme sur la languette de la partie distale de l'épiploon, un semis de petites granulations jaunâtres, espacées.

On prélève un fragment du sac et de l'épiploon pour examen histologique. Résultat : Tuberculose du sac.

OBSERVATION IV

(*Soc. de Chir. de Marseille*, janv. 1909, M. BOURRET)

Un cas de tuberculose herniaire chez l'enfant

J. T., âgé de 7 ans ; parents bien portants. A noter que sur sept frères ou sœurs, cinq ont eu, dans leur enfance, des hernies guéries après le port de bandages. Rien à signaler dans ses antécédents personnels.

L'enfant est amené pour une hernie inguinale droite ; elle est apparue quelques jours après la naissance ; bandage depuis cette époque. Les parents disent que, depuis six mois, le bandage n'est plus toléré, parce que la hernie est douloureuse et partiellement réductible.

A l'examen, on trouve une hernie inguinale droite, grosse comme une petite mandarine, assez difficilement réductible. Le sac contient un peu de liquide et ses parois sont très épaisses, un peu irrégulières. Le testicule est en place, indépendant et paraît sain. L'enfant s'est toujours plaint de douleurs internes dans le ventre : constipation habituelle, jamais de diarrhée. Il n'a jamais toussé.

Intervention le 28 mars 1908. — Cure radicale selon le procédé ordinaire. Le sac contient un peu de liquide citrin et sa paroi interne est couverte de granulations tubercu-

leuses très confluentes, surtout au niveau du fond et du collet et elles existent sur le péritoine de la grande cavité...

La plupart des chirurgiens, dit ce même auteur, ne reconnaissent la tuberculose qu'à l'ouverture du sac. Souvent le péritoine de la grande cavité reste silencieux.

La péritonite généralisée était très fruste et les quelques troubles intestinaux provoqués par elle pouvaient s'expliquer par la présence de la hernie.

La cure radicale de hernie n'est pas la seule intervention qui permette, sans qu'on s'y attende, de trouver une tuberculose péritonéale. Toutes les affections de la cavité abdominale nécessitant une laparotomie sont susceptibles de révéler une péritonite tuberculeuse, évoluant sans donner lieu à aucun trouble.

Dans le bulletin de la *Société de Chirurgie de Paris* du 19 juillet 1921, nous avons trouvé une observation, rapportée par M. Auvray, dans laquelle il est mentionné que M. Pouliquen, chirurgien de Brest, faisant une laparatomie, pour enlever un fibrome, eut la surprise de constater, au cours de son intervention, une péritonite tuberculeuse généralisée.

OBSERVATION V

(Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 13 juill. 1921)

Rapport de M. AUVRAY

Coexistence d'une péritonite tuberculeuse, d'un fibrome et de deux kystes de l'ovaire

Le 20 mai 1916, un confrère m'adresse une jeune fille de 32 ans, avec le diagnostic de fibrome. La jeune fille paraissait d'une santé parfaite et, si elle consultait, c'est parce que depuis quelque temps elle croyait sentir une masse indurée dans le ventre et qu'elle s'apercevait qu'elle grossissait. Elle ne souffrait pas, le ventre n'était pas sensible, elle était bien réglée.

Rien à signaler dans ses antécédents ; cependant, on remarque, au-dessous de l'oreille gauche, une petite cicatrice, suite d'une adénite suppurée, survenue vers l'âge de vingt ans, et presque sûrement de nature tuberculeuse.

Parents bien portants.

A l'examen, on constate que le bas-ventre est plus développé que normalement et, à la palpation, on sent une tumeur médiane, régulière, peu mobile, remontant à peu près à l'ombilic.

Le diagnostic de fibrome paraissant s'imposer et la malade étant vierge, je crois pouvoir me dispenser de faire le toucher vaginal.

Intervention (23 mai 1919). — Dès l'ouverture du ventre, à ma grande surprise, je constatai l'existence d'une péritonite tuberculeuse généralisée, péritonite à forme sèche sans trace d'ascite.

La tumeur, qui était bien un fibrome, était entièrement tapissée de granulations. L'exploration de la cavité pelvienne permet de constater la présence de deux kystes de l'ovaire, masqués par des adhérences.

Etant donné le bon état général de la malade, je n'hésitai pas, bien entendu, à enlever l'utérus et les annexes, malgré la concomitance de la péritonite tuberculeuse.

M. Auvray déclare : « Nous ne saurions en vouloir à M. Pouliquen d'avoir méconnu, avant l'intervention, l'existence de la péritonite tuberculeuse ; quel est celui d'entre nous qui n'a pas eu la surprise, au cours d'une laparotomie, de découvrir une péritonite tuberculeuse, alors qu'il intervenait dans un tout autre but ». ?

L'état général de la malade était satisfaisant, il n'y avait pas d'ascîte, il existait un fibrome très appréciable, il était tout naturel de faire le diagnostic de fibrome seul.

Enfin, nous pouvons citer le cas de cette femme, dont nous avons déjà parlé dans le chapitre précédent (Obs. II, § 2). Elle présentait des phénomènes d'occlusion intestinale. L'opération d'urgence montra que ces accidents étaient dus à un point sténosé correspondant au siège de l'ancien étranglement. Cette malade mourut. A l'autopsie, le péritoine était grisâtre, opaque et épaissi. A l'examen histologique, on constata des follicules tuberculeux.

Nous pensons avoir suffisamment montré, par ces quelques observations, que chez un certain nombre de sujets, se trouvant dans un état de santé satisfaisante, ne se plaignant nullement de troubles viscéraux, la tuberculose péritonéale peut rester entièrement méconnue, jusqu'au moment où, par suite d'une

autre affection abdominale nécessitant une laparotomie, le chirurgien découvre une altération tuberculeuse du péritoine.

CONCLUSIONS

I. — En dehors des formes anatomo-cliniques très variées de la péritonite tuberculeuse, diagnostiquées, il existe toute une catégorie de faits pour lesquels la tuberculose péritonéale est une trouvaille opératoire.

II. — Tantôt le syndrome clinique pour lequel on intervient est provoqué par des lésions du péritoine.

Tantôt il s'agit d'une simple coïncidence.

III. — Toutes les fois qu'au cours d'une laparotomie l'aspect du péritoine est anormal, simplement épaissi, avec ou sans épanchement, il faut suspecter la tuberculose, et seuls l'examen histologique et les examens de laboratoire peuvent nous renseigner utilement et aider au traitement ultérieur du malade.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

L. BÉRARD.

Vu :

LE DOYEN,

Jean LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 23 Novembre 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

AUVRAY. — Coexistence d'une péritonite tuberculeuse, d'un fibrome et de deux kystes de l'ovaire (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 13 juillet 1921).

BOURRET. — Un cas de tuberculose herniaire chez l'enfant (*Société de Chirurgie de Marseille*, janvier 1909).

Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, novembre 1898.

BROUARDEL et GILBERT. — Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutiques (maladies du péritoine). (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, novembre 1898).

CHOFARDET. — Péritonite tuberculeuse à début brusque, simulant l'appendicite (*Thèse de Paris*, 1900-1901).

COTTE (G.). — De la tuberculose herniaire et vagino-péritonéale (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, décembre 1906).

HAIMOVITCH (Mlle). — Débuts aigus et suraigus à formes de diverses affections abdominales (*Thèse de Paris*, 1908-1909).

LEVI-SIRUGUE. — Etude anatomo-pathologique et expérimentale de la tuberculose péritonéale (*Thèse de Paris*, 1897-1898).

MERRY (R.). — Etude clinique de quelques formes rares de péritonite tuberculeuse (*Thèse de Paris*, 1906-1907).

PAVIOT et TRIPIER. — La péritonite sous-hépatique

PLANAS — Formes pseudo-lithiasiques biliaires de la péritonite tuberculeuse et de la lithiase associée (*Thèse de Lyon*, 1920-1921)

SAVY. — La péritonite latente primitive simulant les affections chroniques de l'appareil digestif (*Bulletin Médical*, 16 septembre 1922).

SOTTY (J). — Essai sur la péritonite tuberculeuse à début brusque, simulant l'appendicite (*Thèse de Lyon*, 1900-1901).

TOURNEUX. — Un cas de tuberculose herniaire primitive (*Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, nov. 1920).

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	9
Chapitre I : a) Observations	12
b) Etude clinique	15
Chapitre II : Discussion	17
a) Phénomènes douloureux..	17
b) Anatomie pathologique...	21
Chapitre III. — Quelques formes latentes de péritonite tuberculeuse	28
Conclusions.....	37
Bibliographie.....	38
